

DE QUELQUES

MALADIES DE POITRINE,

A L'AIDE DES SIGNES FOURNIS PAR LA PERCUSSION
ET PAR L'AUSCULTATION;

*Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 12 novembre 1831, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR PASCAL LAIR, né à Virey,

Département de la Manche ;

Bachelier ès-sciences ; ancien Élève des hôpitaux et hospices civils de
Paris ; ex-Élève de l'École pratique de la Faculté de médecine.

*Neminem has methodos expertum deinceps cum BAGLIVIO
dicturum spero : O quantum difficile est dignoscere morbos
pulmonum.*

LAENNEC, *Ausc. med.*, Epist. ded.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie.....	CRUVEILHIER.
Physiologie.....	BÉRARD, <i>Suppléant.</i>
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale.....	RICHARD.
Pharmacie.....	DEYEUX.
Hygiène.....	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN, <i>Examinateur.</i>
	{ CLOQUET.
Pathologie médicale.....	{ DUMÉRIL.
	{ ANDRAL, <i>Examinateur.</i>
Pathologie et thérapeutique générales.....	BROUSSAIS.
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON, <i>Examinateur.</i>
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	MOREAU.
	{ LEROUX.
Clinique médicale.....	{ FOUQUIER.
	{ BOUILLAUD.
	{ CHOMEL, <i>Président.</i>
	{ BOYER.
Clinique chirurgicale.....	{ DUBOIS.
	{ DUPUYTREN.
	{ ROUX.
Clinique d'accouchemens.....	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
BAUDELLOCQUE, <i>Examinateur.</i>	GERDY.
BAYLE, <i>Suppléant.</i>	GIBERT.
BLANDIN, <i>Examinateur.</i>	HATIN.
BOUVIER.	LISFRANC.
BRIQUET.	MARTIN SOLON.
BRONGNIART.	PIORRY.
COTTEREAU.	ROCHOUX.
DANCE.	SANDRAS.
DEVERGIE.	TRÉUSSEAU.
DUBLED.	VELPREAU.
DUBOIS.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Hommage de reconnaissance, de respect et d'amour filial.

A LA MÉMOIRE

DE MON FRÈRE,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Regrets éternels!!!

A MES FRÈRES ET SŒURS,

MES BONS AMIS.

P. LAIR.

DU DIAGNOSTIC

DE QUELQUES

MALADIES DE POITRINE,

A L'AIDE DES SIGNES FOURNIS PAR LA PERCUSSION
ET PAR L'AUSCULTATION.

DES moyens nombreux dont se sert le médecin pour s'éclairer sûrement dans le diagnostic des maladies, il n'en est pas de plus heureux pour lui que la percussion et l'auscultation, pour connaître bien l'étendue, le siège et le degré de certaines affections aiguës ou chroniques des organes pulmonaires ou des membranes séreuses qui les recouvrent. On peut même dire avec raison que, laissant de côté les autres symptômes que peuvent offrir les différentes maladies des poumons ou des plèvres, la percussion, soit médiate ou immédiate, et le stéthoscope seuls impriment le plus souvent au diagnostic une certitude parfaite. Ces deux moyens d'exploration doivent être employés simultanément; car si la percussion seule ne peut faire distinguer l'hépatisation d'un poumon de l'œdème ou de l'affection tuberculeuse de cet organe, et d'un épanchement de liquide dans la cavité thoracique, l'auscultation suffira le plus sou-

vent pour assigner le caractère et le degré de la maladie, soit par diverses modifications du bruit respiratoire, soit par l'existence de différens râles, soit enfin par le retentissement particulier que présente la voix dans un ou plusieurs points de la poitrine; mais c'est seulement par l'habitude acquise sous de bons maîtres qu'on peut espérer les mettre en usage avec profit et précision.

La phthisie, la pneumonie et la pleurésie, telles sont les maladies de poitrine auxquelles un grand nombre d'individus succombent. Il importe donc beaucoup au médecin de les bien connaître, puisque c'est sur le diagnostic des maladies que doit toujours être basée une bonne thérapeutique.

Des signes fournis par la percussion et par l'auscultation dans la phthisie.

La percussion ne donne pas des résultats aussi avantageux que l'auscultation. On peut rapporter à trois cas les différences de son qu'elle fait apprécier : 1°. le son est normal; 2°. la sonorité est augmentée; 3°. le son est plus obscur, et il y a tendance à une matité plus ou moins complète.

Le son naturel peut exister en même temps que de nombreux tubercules se sont développés dans les poumons. Ils peuvent, soit à l'état de crudité ou déjà ramollis, donner lieu aux symptômes d'une phthisie au second et même au troisième degré, sans que la percussion puisse être d'aucune utilité pour en constater l'existence. Cette conservation de la sonorité, qui est rare, existe lorsque le tissu pulmonaire qui environne les tubercules crus ou ramollis a conservé son état sain.

Lorsque le son est plus clair, diverses circonstances peuvent avoir lieu : ou bien il existe en un point des poumons une vaste caverne, résultat de la fonte de plusieurs tubercules, dont les parois ne sécrètent qu'une petite quantité de liquide, et dans laquelle l'air pénètre librement par un ou plusieurs tuyaux bronchiques. Le son,

dans ce cas , variera selon l'état de plénitude ou de vacuité de la caverne ; il sera d'autant plus clair et sonore qu'il y existera moins de liquide. Dans ce cas , l'augmentation de sonorité est partielle ; c'est le plus ordinairement au-dessous de l'une ou de l'autre clavicule qu'on peut l'obtenir par la percussion dans un espace plus ou moins exactement circonscrit. Ou bien l'augmentation de la sonorité tiendra à la dilatation des vésicules pulmonaires , ou enfin à un pneumo-thorax ; quelquefois l'augmentation du son tiendra à l'excessif amaigrissement de l'individu. C'est là , peut-être , la cause la plus fréquente de la remarquable sonorité que présentent chez beaucoup de phthisiques les parois thoraciques.

Après avoir indiqué les circonstances dans lesquelles la percussion pratiquée sur les parois de la poitrine d'un malade affecté de phthisie donne un son plus clair que chez un individu dont les poumons sont sains , je dirai maintenant celles où la sonorité est diminuée d'une manière évidente. Le son mat s'observe rarement au début de la phthisie , mais il se caractérise à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale ; il est surtout bien marqué , 1°. lorsque des tubercules nombreux et agglomérés ont fait disparaître le tissu pulmonaire ; 2°. lorsque le tissu qui environne les tubercules est enflammé et induré ; 3°. lorsque la plèvre devient le siège d'un épanchement du liquide.

Il est hors de doute que la diminution de sonorité a lieu dans le premier cas ; mais elle est surtout remarquable lorsque , la maladie faisant des progrès , l'auscultation annonce l'existence de cavernes plus ou moins étendues , et qu'en même temps le parenchyme pulmonaire qui les entoure est induré. Celles-ci étant infiniment plus communes , ainsi que les tubercules auxquels elles succèdent , dans les lobes supérieurs , c'est dans les points des parois thoraciques correspondans à ces mêmes lobes que la matité existera principalement , savoir : au-dessous des clavicules , entre ces os et le sein , dans le creux des aisselles , dans les fosses sus-épineuses et sous-épineuses supérieurement.

Lorsqu'il existe une caverne qui contient à la fois des liquides et des gaz, la percussion fournit alors un bruit semblable à celui qui résulte du léger contact de deux métaux, un véritable *tintement métallique*. C'est M. *Martinet* qui a appelé l'attention sur cette modification remarquable du son ; ce phénomène s'offre rarement à l'observation. M. *Andral*, qui ne le retrouve que chez un petit nombre de phthisiques, ne pense pas qu'il soit lié ni à l'étendue des cavernes, ni à la consistance de leurs parois, ni à leur épaisseur.

Dans quelques cas, l'existence d'excavations considérables, entourées d'un parenchyme pulmonaire induré, peut être reconnue à l'aide de la pulpe des doigts portés sur divers points des parois du thorax : il arrivera à chaque parole prononcée par le malade que l'extrémité des doigts deviendra le siège d'un frémissement particulier qui se prolongera plus ou moins haut le long des doigts et de la paume de la main : la sensation qu'il fait éprouver peut être comparée à celle que produit un fil métallique en vibration. Ce frémissement sera surtout un signe excellent pour l'observateur s'il est très-fort, et s'il n'a pas une égale intensité dans les mêmes points correspondans des deux côtés du thorax. M. le professeur *Andral* pense que l'induration du parenchyme pulmonaire entourant des excavations est une condition essentielle à la production de ce phénomène, qui peut être physiologique chez un individu dont la voix est forte et sonore.

Maintenant quels sont les signes fournis par l'auscultation pour reconnaître la phthisie pulmonaire ? Ces signes sont de trois sortes, et résultent des diverses modifications du bruit respiratoire, de l'existence de différens râles et du retentissement particulier que présente la voix.

Le bruit respiratoire peut ne présenter aucun phénomène remarquable dans la phthisie, et même se conserver naturel jusqu'à la mort chez certains phthisiques. Cette conservation du mode normal de la respiration peut s'observer lorsque des tubercules ne sont pas très-multipliés, qu'ils ne sont pas ramollis et qu'un parenchyme sain

les entoure. Il est cependant très-rare que des tubercules soient ramollis, et que le bruit respiratoire n'éprouve pas de modifications. Il résulte de ce que je viens de dire qu'on ne devra pas conclure qu'il n'existe pas de tubercules dans un des poumons où la respiration vésiculaire de l'état normal se fait entendre, lorsque l'auscultation en démontre d'une manière positive l'existence dans l'autre poumon; mais bien que ces tubercules y sont moins nombreux, moins avancés dans leur développement, qu'un tissu sain les entoure, et que, de ce même côté, les bronches, peu enflammées, sécrètent peu de liquide, d'où résulte l'absence du râle.

Le plus souvent le bruit respiratoire est modifié, et peut l'être de l'une ou de l'autre manière suivante : 1°. il est plus faible que dans l'état naturel ; 2°. il est plus intense que dans l'état naturel.

La faiblesse générale uniforme de ce bruit, qui quelquefois, par de profondes inspirations, ne devient pas sensiblement plus fort, ne doit pas être prise pour un état pathologique : loin, de là elle indique souvent un état très-sain des poumons; mais il n'en sera plus de même si la faiblesse d'expansion pulmonaire n'est pas égale des deux côtés dans les points qui se correspondent, comme, par exemple, sous l'une et l'autre clavicule. Cette différence d'expansion pulmonaire dans l'un et l'autre poumon fera soupçonner l'existence de tubercules, quand même la sonorité des parois de la poitrine ne serait pas sensiblement diminuée; mais s'il existe, au contraire, de la matité dans ce même point en même temps que quelques symptômes généraux de la phthisie se seront développés, on peut conclure que le malade est phthisique. Je pense que la cause principale de la diminution ou de l'absence du bruit respiratoire, qui peut être complète, est due plutôt à l'induration pulmonaire qui existe autour des tubercules qu'à la présence des tubercules eux-mêmes.

Enfin, le bruit d'expansion pulmonaire, chez un grand nombre de phthisiques, est plus intense que dans l'état naturel, bien qu'il conserve toute sa netteté. On a expliqué ce phénomène en disant

que certaines vésicules pulmonaires étant oblitérées, une action plus forte devait se passer dans les vésicules restées perméables à l'air, ou bien que ce n'était qu'un commencement de respiration bronchique. Cette intensité plus grande de la respiration, qui coïncide avec une grande sonorité des parois du thorax, pourrait en imposer à des observateurs peu exercés, et les porter à la regarder comme le type d'une bonne respiration, tandis qu'elle suffit pour dénoter un état pathologique. Souvent cette netteté et cette force du bruit respiratoire ne se montrent que dans un poumon, tandis que dans l'autre le bruit naturel de la respiration est remplacé par différens râles. Du côté où la respiration a conservé sa netteté, on ne doit pas conclure qu'il n'y a point de tubercules, mais qu'un parenchyme sain les entoure, et que si des tubercules s'y sont déjà ramollis, ils ne communiquent point encore avec de larges tuyaux bronchiques.

Cette intensité plus grande et cette diminution du bruit respiratoire chez les phthisiques ne constituent pas les seuls changemens qu'il éprouve; souvent encore, il change véritablement de nature; l'oreille nue ou armée du stéthoscope ne perçoit plus le bruit d'expansion pulmonaire, mais bien d'autres espèces de souffles, qui annoncent tantôt que l'air ne pénètre pas au-delà des tuyaux bronchiques d'un certain volume, et tantôt qu'il entre dans une cavité plus ou moins vaste, vide de liquide. C'est au premier phénomène qu'on a donné le nom de *respiration bronchique*, et qui s'observe chez un certain nombre de phthisiques dont le tissu pulmonaire est induré dans une grande étendue. Le second phénomène se manifeste lorsqu'une bronche assez large vient s'ouvrir dans une caverne contenant peu ou point de liquide, et située près de la surface extérieure du poumon. Ce phénomène est plus caractéristique que le premier, qui se retrouve dans la pneumonie parvenue au second degré; il a reçu le nom de *respiration caverneuse*. Chaque mouvement inspiratoire produit en un point circonscrit comme un souffle très-fort, assez analogue à celui que l'on détermine en poussant de l'air dans un vase fermé. La condition essentielle de sa production est l'absence de

liquide dans la cavité , et ce souffle n'est jamais mieux marqué que lorsque autour de la caverne le tissu pulmonaire a subi une induration considérable. La respiration caverneuse ne se fait entendre sans interruption que lorsqu'une très-petite quantité de liquide se trouve habituellement sécrétée par les parois de l'excavation , et dans les cas où , tendant à se cicatriser, elles viennent à être tapissées par une membrane cartilagineuse.

Rarement, chez les phthisiques, le bruit respiratoire, soit vésiculaire, soit bronchique, soit caverneux, conserve sa netteté; il existe en même temps différens râles, qui pour la plupart se passent uniquement dans les bronches, et qui, par conséquent, doivent varier selon la quantité et la qualité du liquide que contiendront ces bronches: c'est ainsi qu'on entend soit un simple râle muqueux, qui ne semble être qu'un degré de moins du gargouillement, soit le râle crépitant.

Lorsque le souffle caverneux dont j'ai parlé plus haut cesse de se faire entendre, il est alors remplacé par des craquemens humides, qu'on a désignés sous le nom de *gargouillement*; il a été comparé au bruit qui résulte de l'insufflation d'une forte dissolution de savon. L'air lui donne naissance en traversant une caverne contenant de la matière d'expectoration. Lorsqu'il est peu perceptible, on parvient souvent à le rendre tout à fait évident en faisant tousser le malade. De même que la respiration caverneuse, il ne se produit pas continuellement; il cesse lorsque la caverne vient à se vider du liquide qu'elle contenait. Ce phénomène a été regardé comme le signe pathognomonique de la phthisie. Cependant M. le professeur *Andral* dit avoir entendu un véritable gargouillement tout à fait analogue à celui qui se produit dans de vastes cavernes, chez des phthisiques qui ne présentèrent après la mort que de très-petites cavités, qui n'avaient pu donner lieu à ce gargouillement, et chez des individus dont le poumon fut trouvé exempt de tubercules, et qui n'avaient qu'une simple bronchite chronique. Mais lorsque ces craquemens humides succèdent dans ce même point à la respiration caverneuse,

et que ces deux phénomènes persistent long-temps , on ne peut avoir aucun doute sur l'existence d'une caverne.

Le gargouillement ne se fait pas entendre seulement dans les points correspondant à une caverne ; toutes les fois que le parenchyme pulmonaire est induré , on peut le percevoir dans un endroit plus ou moins éloigné. Chez un individu où il existait au sommet d'un des poumons une seule excavation ulcéreuse , résultat du ramollissement de la matière tuberculeuse , en même temps que le poumon était induré dans toute sa partie antérieure , le gargouillement se faisait entendre jusqu'à sa base ; mais il devenait d'autant plus faible qu'on s'éloignait davantage du siège de la caverne. Je ne sache pas que ce fait ait été signalé par les auteurs qui ont traité de la phthisie. Il me paraît important , parce qu'on pourrait confondre cet état pathologique avec celui d'une pleurésie chronique avec perforation du poumon ; il arrive , en effet , dans ce cas , qu'un gargouillement bien prononcé se fait entendre dans toute l'étendue du thorax ; mais il y a cette différence , savoir : que dans ce dernier cas il a la même intensité dans tous les points du thorax , tandis que dans l'autre il est plus faible dans certains endroits. (*M. Chomel* , Leçons orales.)

Le troisième signe que peut fournir l'auscultation pour reconnaître l'existence de la phthisie pulmonaire parvenue à un certain degré , consiste dans la résonnance particulière de la voix , qui constitue la pectoriloquie. Lorsqu'une cavité s'est formée au sein du parenchyme pulmonaire , la voix arrive à l'oreille de telle façon qu'on croirait qu'elle sort directement des parois de la poitrine. La pectoriloquie présente une foule de nuances qui la rendent souvent douteuse pour les personnes même les plus habituées à l'auscultation. Certaines conditions sont nécessaires pour qu'elle devienne appréciable : 1°. la position superficielle de la caverne ; 2°. l'induration du poumon qui l'entoure ; 3°. la présence d'une faible quantité de liquide dans l'intérieur de l'excavation du poumon. La pectoriloquie est surtout bien tranchée , lorsqu'il y a induration considérable autour de la

caverne, circonstance facile à reconnaître pendant la vie par l'existence d'un son mat. La position superficielle de la caverne, dans ce cas-là, n'est pas indispensable pour qu'elle puisse se produire.

On peut conclure des faits précédemment énoncés qu'il est des cas où l'auscultation ne peut être d'aucune utilité pour éclairer le médecin sur l'existence de tubercules; que dans d'autres cas l'auscultation ne donne que des signes douteux, mais qui ont une grande valeur lorsqu'ils sont réunis à d'autres signes; enfin que l'auscultation peut fournir des renseignemens positifs sur l'existence de la phthisie.

Signes fournis par la percussion et l'auscultation dans la pneumonie.

Le son n'est tout-à-fait mat que dans le second degré de la maladie. Dans le premier, il devient d'autant plus obscur que l'inflammation fait des progrès; l'étendue de cette obscurité de son correspond à l'étendue de la portion du poumon affectée. En appliquant ce mode d'exploration dans le diagnostic de la pneumonie, il ne faut pas perdre de vue qu'il peut nous induire en erreur si nous ne faisons pas attention que le son n'est pas modifié quand l'inflammation occupe le centre et la base des poumons, etc.; que le foie à droite, remontant quelquefois assez haut vers la poitrine, en modifie le son.

La respiration vésiculaire, ce bruit naturel, dépendant de l'expansion du poumon par l'air, devient un signe quand il est comparé avec un autre bruit pathologique; je veux dire le râle crépitant que M. Andral appelle *râle vésiculaire*, parce que ce bruit se passe dans les vésicules bronchiques; il est comparé à celui que produit du sel projeté sur des charbons ardents, ou à celui qu'on entend en froissant un morceau de parchemin sec ou un poumon sain. Le râle est le plus souvent le premier symptôme qu'on remarque dans cette maladie; son existence, la comparaison qu'on en fait avec le bruit respiratoire naturel, son étendue, sa force, ses variétés, caractérisent

le premier degré de la maladie, c'est-à-dire l'engouement, donnent la mesure de l'intensité, de l'étendue de l'inflammation; font connaître le siège de celle-ci, sa marche, ses progrès ou sa terminaison. En effet, tant que ce râle existe, la pneumonie est au premier degré, du moins dans plusieurs points, puisqu'il est le résultat du passage de l'air à travers des liquides qui se trouvent dans des vésicules encore perméables à ce fluide, et que l'engouement est caractérisé par un mélange d'air et de sang dans les poumons. Le bruit respiratoire, quoique altéré, peut exister avec la crépitation, et on conçoit que tant que ce bruit-là s'entend dans le même point en même temps que la crépitation, l'inflammation ne doit pas être très-intense. Plus le râle devient fort, étendu, plus le bruit respiratoire diminue, plus aussi la pneumonie fait de progrès, et plus elle occupe une grande étendue. De la prédominance donc d'un des bruits sur l'autre, de la disparition de l'un d'eux, on peut juger de la marche de l'inflammation, de son état actuel, de sa tendance à faire des progrès ou à disparaître. Quand, après avoir disparu tous les deux, ils reparaissent, le râle le premier (*ronchus crepitans redux* LAENNEC), c'est un signe que la maladie prend une marche rétrograde, en supposant qu'elle ait passé au second degré. Ce râle devient plus rare, plus humide, quand l'inflammation tend à faire passer le poumon à l'état d'hépatisation. Ce bruit est d'une grande importance dans les pneumonies des vieillards, qui, dans certains cas, affectent des symptômes obscurs, voilés par un coma profond ou par un état adynamique qui peut absorber toute l'attention du médecin. Ce signe existe toujours, selon *Laennec*. M. *Chomel* fait observer qu'il y a fort souvent des pneumonies très-manifestes par des crachats rouillés, dans lesquelles, malgré tous les soins qu'il a mis pour retrouver ce râle, il lui a été impossible de l'entendre, et, certes, on ne supposera pas à ce célèbre praticien ni un défaut d'habitude dans l'auscultation, ni une prévention contre une méthode dont il se sert si habilement, ni de la négligence auprès de ses malades. Disons aussi qu'il peut être masqué par un râle muqueux très-bruyant, ou être remplacé par un râle

sibilant remarquable par sa force et son acuité. *Laennec* prétend que dans le cas de pneumonies centrales, on entend un râle crépitant à une certaine distance de l'oreille laquelle distingue en même temps le bruit d'expansion pulmonaire dans la portion du poumon intermédiaire à la lésion et à l'oreille; que par la comparaison de la force de ces deux bruits on peut suivre facilement la marche de la maladie. Le râle crépitant est-il plus fort, plus rapproché de l'oreille pendant que le bruit respiratoire diminue en intensité, la maladie fait des progrès en s'approchant de la superficie du poumon; le contraire arrive-t-il, la maladie tend alors à disparaître. Je crois que cela est un peu exagéré, et que dans ces circonstances il est difficile de distinguer ce bruit. Peut-être que la respiration puérile qui se fait dans les points environnant les noyaux inflammatoires, et à laquelle on ne fait pas attention, marque la crépitation éloignée; peut-être aussi que si l'on faisait attention à ce bruit puérile, en comparant la force de la respiration dans différens points de la poitrine, on pourrait, dans certains cas, soupçonner là où on l'entendrait un noyau inflammatoire. Cette opinion prend, à mon avis, une nouvelle force, si on considère que, dans certains cas, on a pu distinguer cette respiration puérile dans un poumon qui le lendemain présentait de la crépitation. Dans ces cas, s'agissait-il plutôt d'une pneumonie centrale déjà existante la veille, et nulle alors pour l'observateur, devenue plus superficielle le lendemain, que d'un état pathologique, précurseur de la maladie et différent de l'engouement? Je suis porté à admettre la première opinion. Le peu de danger que présentent les phlegmasies tant qu'elles restent bornées à un petit espace du poumon doit donner moins d'importance à une pareille impuissance de l'auscultation, qui d'ailleurs nous les ferait connaître, si elles tendaient à s'étendre et à aller envahir la surface des organes.

L'absence du bruit respiratoire, du râle crépitant, le son mat de la poitrine, indiquent que la pneumonie se trouve au deuxième degré. De plus, il y a une respiration bronchique, c'est-à-dire que le passage de l'air dans les bronches est entendu, le bruit étant transmis

directement à l'oreille par la portion du poumon située entre cet organe et les bronches et devenue plus dense ; on dirait alors qu'une personne placée près de l'oreille de celui qui écoute souffle avec force dans un tuyau d'airain. La voix se trouve en même temps modifiée dans sa résonnance ; elle est plus forte , et ce retentissement particulier de la voix est quelquefois tellement éclatant , qu'il frappe désagréablement l'oreille ; les paroles du malade ne sont point distinctes. C'est à ce phénomène qu'on a donné le nom de *bronchophonie*.

L'observation nous démontre que ces phénomènes peuvent manquer , 1°. quand l'inflammation n'occupe que quelques lobules ; 2°. quand elle est centrale , malgré tout ce qu'en ait dit *Laennec* ; 3°. quand l'inflammation se trouve étendue et assez près de la surface du poumon , par conséquent loin des gros troncs bronchiques. On le conçoit , parce que , dans ce cas-ci , une masse pulmonaire plus ou moins grande non hépatisée entre les bronches et la portion enflammée au deuxième degré , ne peut pas transmettre le son comme une masse de tissu qui , par sa densité , faisait presque corps avec les parois des bronches , de telle sorte qu'on pourrait dire , eu égard au phénomène seulement , que ces parois ont augmenté d'épaisseur aux dépens du tissu pulmonaire. Cette bronchophonie est toujours évidente , quand la pneumonie envahit la racine ou le sommet du poumon. Dans ces circonstances même , elle s'approche par sa nature de la pectoriloquie , comme M. *Cruveilhier* l'avait exposé à l'occasion du concours pour l'agrégation ; il s'y joint même , dit *Laennec* , la sensation du souffle voilé , si une couche mince de tissu pulmonaire , intacte et non hépatisée , se trouve entre l'oreille et la partie enflammée à ce degré. Je pense que ce phénomène est très-rare ; quelquefois la bronchophonie manque ou est très-obscur , tandis qu'on entend parfaitement la respiration bronchique.

Il est impossible de distinguer par les signes stéthoscopiques ce deuxième degré du troisième ; car les mêmes phénomènes se remarquent dans les deux cas.

Des signes fournis par la percussion et par l'auscultation dans la pleurésie.

La poitrine, percutée dans la pleurésie et avant la formation de tout épanchement, produit un son clair, et qui devient d'autant plus mat ou obscur que l'épanchement fait plus de progrès. Si l'épanchement est peu considérable, le liquide s'amasse à la partie la plus déclive, et le son est mat seulement à la partie inférieure et postérieure. Si la quantité du liquide augmente, le son devient de plus en plus obscur. Il est souvent facile, à l'aide de la percussion médiate seulement, d'assigner rigoureusement la hauteur à laquelle il se trouve situé, de telle sorte que, dans un certain nombre de cas, on pourra suivre, en mettant en usage ce moyen d'exploration, les progrès de l'épanchement. Toutefois, il est certain que presque toujours la percussion seule, sans avoir égard aux autres symptômes, est insuffisante pour différencier la pleurésie de la pneumonie.

L'auscultation, soit à l'aide du stéthoscope, soit simplement avec l'oreille, appliquée immédiatement sur la poitrine, présente des phénomènes plus importants que ceux fournis par la percussion. Lorsque dans la pleurésie l'épanchement commence à se faire, on trouve communément une différence notable dans l'intensité du bruit respiratoire; il est plus faible que du côté sain; s'il fait des progrès, la respiration ne s'entend plus qu'aux points qui correspondent à la partie supérieure; enfin s'il est très-abondant, l'absence de la respiration est totale, excepté dans l'espace qui se trouve entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate. Mais à mesure que le liquide épanché diminue, la respiration revient graduellement et suit les progrès de la diminution; elle commence à se faire entendre à la partie supérieure et successivement de haut en bas. Souvent, malgré un épanchement considérable annoncé par le cylindre, la respiration se fait encore bien entendre au-dessous de la clavicule, ce qui porte à croire que le poumon, dans cet endroit, est uni par

d'anciennes adhérences à la plèvre costale. On observe de même que si ces adhérences existent dans d'autres points, on y entend toujours plus ou moins bien la respiration. Signalons encore deux autres signes non moins importants. Lorsque l'épanchement est peu abondant, et que la respiration devient obscure, la voix du malade, explorée par le cylindre, produit un phénomène particulier auquel *Laennec* a donné le nom d'*égophonie* (αἶξ, *chèvre*, et φων, *voix*). C'est une espèce de résonnance particulière de la voix, qui se fait entendre à l'extrémité thoracique du stéthoscope et s'accompagne d'un ton argentin, saccadé et chevrotant. Ce phénomène varie suivant l'abondance du liquide; il ne se fait entendre qu'aux points du thorax qui correspondent à la superficie de l'épanchement et aux endroits où il n'a que très-peu d'épaisseur. Nulle part il n'est plus appréciable que dans la portion du thorax qui s'étend d'avant en arrière de la colonne vertébrale au sternum. Si ce phénomène a lieu dans les environs d'un gros tronc bronchique, alors la réunion de l'égophonie avec un autre retentissement de la voix, la bronchophonie, imprime au premier phénomène une modification remarquable, et qui rapproche la voix du malade soit de celle que détermine un jeton placé entre les dents et les lèvres d'un homme qui parle, soit de cette espèce de bredouillement qui constitue le langage de polichinelle. Dans certains cas, où l'épanchement est devenu promptement considérable, et que la résorption s'est opérée aussi avec rapidité, l'égophonie, qui avait disparu, peut se produire de nouveau. On pourrait lui donner le nom d'*égophonie de retour*; elle ne se reproduit pas, au contraire, lorsque l'épanchement s'est fait lentement, et que la résorption s'est faite aussi avec lenteur, parce qu'alors le poumon, qui s'est trouvé soumis à une compression de longue durée, n'est plus susceptible de reprendre aussitôt son volume premier.

Lorsque la collection du liquide remplit toute la cavité, cette voix cesse d'être perçue et ne reparait que dans le cas que je viens d'indiquer, de sorte qu'on peut souvent, avec ce signe, connaître les progrès de l'épanchement, juger de son abondance et suivre la marche de la maladie.

Tous les malades chez lesquels il existe de l'égophonie présentent un autre phénomène aussi constant et d'une importance égale. Pendant les mouvemens alternatifs de la respiration , on distingue , au lieu du bruit respiratoire, la respiration bronchique, qui se fait entendre surtout là où l'égophonie est manifeste , et qui est d'autant plus marquée que le malade respire plus vite.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Morborum acutorum non omnino tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect. 2, aph. 19.*

II.

Qui sanguinem spumosum expuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect. 5, aph. 13.*

III.

Morbi quidem omnes in omni tempore fiunt; aliqui tamen in quibusdam temporibus magis accidunt et irritantur. *Sect. 3, aph. 19.*

IV.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. *Sect. 7, aph. 1.*

V.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect. 2, aph. 71.*